



TITLE:

学会抄録 第176回日本泌尿器科学 会関西地方会

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第176回日本泌尿器科学会関西地方会. 泌尿器科紀要 2002,
48(2): 117-125

ISSUE DATE:

2002-02

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114690>

RIGHT:

第176回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2001年10月13日 (土), 於 神戸大学医学部附属病院)

術後軽度の大腿神経麻痺を生じた後腹膜神経鞘腫の1例: 鈴木啓, 中村 潤, 沖原宏治, 宮下浩明 (近江八幡市民) 73歳, 女性. 右腰部痛を主訴に近医受診. 超音波にて右腎下極近傍に腫瘤性病変を認め当院紹介. 超音波, CT, MRI, 血管造影による画像診断では, 径約 8 cm の後腹膜腫瘍であり, 鑑別診断として卵巣嚢腫, 奇形腫, 神経鞘腫が考えられた. 2001年 5月31日に全身麻酔下, 腹部正中切開で後腹膜腫瘍摘除術を施行した. 術中所見にて腫瘍は腰神経叢由来の神経鞘腫であると考えられたため, できる限り神経を損傷しないように腫瘍を摘出した. しかし, 術後軽度の L2, L3 領域の知覚低下と, 大腿神経支配である腸腰筋の筋力低下を認めた. 病理診断は antoni B 型の神経鞘腫であった. 神経鞘腫摘出時には, 支配神経の損傷に注意が必要であると思われた.

副腎微小腺腫による原発性アルドステロン症の1例: 西澤恒二, 中村英二郎, 井上貴博, 柴崎 昇, 赤松秀輔, 諸井誠司, 賀本敏行, 奥野 博, 寺井章人, 小川 修 (京都大) 58歳, 女性. 動悸とあつきにて近医受診, 高血圧, K低値・血漿レニン活性低値・アルドステロン高値を認め精査をうけた. その結果原発性アルドステロン症を疑われたが, CT にて副腎腫瘍を認めず, ¹³¹I アドステロールシンチにても明確な集積巣を認めなかった. しかし, ACTH 負荷副腎静脈採血法にて右副腎からのアルドステロン過剰分泌を認めたため右副腎アルドステロン産生微小腺腫と診断し, 腹腔鏡下副腎摘除術を施行した. 組織標本上径 5 mm の副腎腺腫を認め, 術後降圧薬服用なしでも良好な血圧を維持している. 検査所見から原発性アルドステロン症が疑われるが画像上腺腫を認めない場合でも, 片側副腎的摘除術にて根治の可能性があるため, 微小腺腫による原発性アルドステロン症を検討する必要がある.

対側に副腎過形成を合併した副腎血管腫の1例: 川端和史, 島田治, 大口尚基, 川喜田睦司, 松田公志 (関西医大), 植村芳子 (同病理) 59歳, 男性. 健康診断の腹部エコーにて偶然右腹部腫瘍を指摘され当院内科受診. CT, MRI にて両側副腎腫瘍と診断され当科紹介受診した. 内分泌学的検査では有意な異常は認めなかった. KUB では石灰化を認めず. CT, MRI にて右副腎部に長径 10 cm の境界明瞭, 内部不均一な腫瘍, 左副腎部に長径 2 cm の内部均一な腫瘍を認めた. 以上より内分泌非活性両側副腎腫瘍として悪性腫瘍も否定できないため2000年12月15日経胸腹式右副腎摘除術および左副腎部分切除術施行. 病理組織は右副腎血管腫, 左副腎過形成であった. 術後10カ月になるが明らかな再発は認めていない. 副腎血管腫は稀な疾患で画像検査では悪性との鑑別が困難でほとんどの症例で摘除後の病理組織で診断されている. 副腎血管腫では本邦59例目であった.

腹腔鏡下摘除術を施行した家族性褐色細胞腫の1例: 柳内章宏, 坂本恵昭, 村蒔基次, 磯谷周治, 後藤章暢, 原 勲, 藤澤正人, 岡田弘, 川端 岳, 荒川創一, 守殿貞夫 (神戸大) 22歳, 男性. 父, 従姉妹に褐色細胞腫. 検診で左副腎の腫大を指摘され, 当院内科入院. 高血圧, 血中, 尿中のカテコラミンの上昇を認め, CT にて左副腎に 11×10×9 cm の腫瘤を認めた. 褐色細胞腫の診断にて, 腹腔鏡下左副腎摘除術を施行. 副腎腫瘍は膨隆し, 左腎は尾側に圧排されていた. 副腎静脈は太く endo GIA で切離した. エンドキャッチを挿入し袋の中で組織を細切し体外に摘出した. 術後の経過は良好で, 病理組織診断も褐色細胞腫であった. 父親の遺伝子解析において VHL 遺伝子の変異を認めたため遺伝子解析を行い, 父親と同じ部位に変異を認めた. また家系内で VHL 遺伝子の解析を行ったところ, 計 8 人に異常を認め, そのうち 3 人に褐色細胞腫がみられた.

難聴を主訴として発見された腎癌右上前洞転移の1例: 安井宣雄, 宮崎治郎 (神戸掖済会) 73歳, 男性. 右腎腫瘍の診断で1997年 8月に根治的右腎摘除術を施行. 術後1年間インターフェロンを投与. 1998年11月に両側下肺野に小腫瘍陰影出現し, インターフェロン療法再開した. 2000年12月頃から右難聴となり近医耳鼻科に通院したが, 改善なく2001年 3月に頭部 CT 検査を施行した. 右上顎洞に巨大な腫瘍を認めた. 病理診断の確定と除痛を目的として術前腫瘍血管の塞

栓術後同年 5月 9日, 腫瘍切除術を施行した. 病理組織診で腎細胞癌の上前洞転移と診断された. 術後インターフェロン療法を継続しているが, 9月の頭部 MRI では局所再発を疑わせる所見はあるものの, 頬部痛はなく外来通院中である. 本邦報告例45例について文献的考察を加えた.

転移性脳腫瘍で発見された腎細胞癌の1例: 山尾 裕, 矢田康文, 手塚清恵, 星 伴路, 北小路博司, 斉藤雅人 (明治鍼灸大), 恵飛須俊彦, 田中忠蔵 (同脳外科), 藤戸 章, 河内明宏 (京府医大) 症例: 74歳, 女性. 尿失禁, 歩行障害を主訴に当院神経内科受診. CT, MRI にて右前頭葉を中心とした転移性脳腫瘍と診断され, 当院脳神経外科にて脳腫瘍摘出術を施行した. 原発巣検索にて左腎腫瘍を認め, 術前画像診断では T3a であったが左腎腫瘍の部位・予後などを考慮し HALS を施行した. 病理組織診断は共に淡明細胞型腎細胞癌であった. 現在患者は担癌生存中であるが, 転移性脳腫瘍摘出術を施行したことにより QOL と生命予後の改善が得られた. 左腎腫瘍は壁側腹膜に浸潤していたが, 一般的な HALS の適応とされる T1~2 症例と比較し手術時間および術中出血量ともほとんど遜色なく施行できた.

若年者腎細胞癌の1例: 岩田裕之, 上水流雅人 (公立忠岡), 池本慎一 (大阪市大) 症例は19歳, 男性. 1999年 8月, 近医にて腎盂腎炎をきっかけに左腎の腫瘍を指摘され, 当科紹介となる. DIP, RP にて左腎盂の filling defect と腎杯の軽度圧排が認められた. CT にて左腎に低吸収像を示し, わずかに造影効果のある腫瘍の存在を認めた. 半年の経過観察中腫瘍の増大はなく, その後施行した針生検でも悪性所見は認められなかった. 再度経過観察とするも2000年 8月の CT で腫瘍の増大と腎盂, 尿管への進展があり, 尿管鏡下に腎盂にある腫瘍の生検を行った. 病理組織検査で悪性が疑われたため, 2000年10月全身麻酔下, 経腰的に手術を施行した. 迅速病理にて腎細胞癌であったため左腎摘出術および所属リンパ節郭清にて手術を終了した. 病理診断は腎細胞癌 papillary renal cell carcinoma, G2, pT2N2M0 であった. 現在術後約1年を経過し, 再発, 転移を認めず生存中である.

入院待ちの間に腫瘍塞栓により肺梗塞をきたし緊急手術となった腎細胞癌の1例: 藤原 淳, 長嶋隆夫, 中内博夫, 岩田 健, 浮村理, 水谷陽一, 河内明宏, 藤戸 章, 三木恒治 (京府医大), 藤原敦子, 石田裕彦, 内田 睦 (松下記念) 64歳, 女性. 2001年 2月全身倦怠感を主訴に松下記念病院受診. エコー上で右腎に占拠性病変を指摘された. CT にて下大静脈内腫瘍塞栓を伴った右腎腫瘍 (T3b N0 M0) と診断され入院予定となった. 入院待ちの間に3月15日突然意識消失発作をきたした. この時, CT 上で肺動脈内に腫瘍塞栓を認めたため, 胸部外科による緊急手術の必要性があり, 3月16日, 京都府立医大病院に入院となる. 同日, 肺腫瘍塞栓除去術を施行した. 3月22日, IVC フィルター留置し, その5日後に根治的右腎摘出術を施行した. 病理組織学的検討では, 腎細胞癌, 淡明細胞型, G2, pT3b であった. 2001年10月現在, 肺梗塞をきたした際に飛散した腫瘍の残存を肺に認めるものの, 生存中である.

腎盂腫瘍と鑑別困難であった腎盂内に突出した腎細胞癌の1例: 森康範, 永野哲郎, 江左篤宣 (NTT 西日本大阪), 本多正人, 藤岡秀樹 (大阪警察) 67歳, 男性. 水疱性類天疱瘡のため大阪警察病院皮膚科にて経過観察中であったが, 腎機能悪化認め同院泌尿器科紹介受診. 手術目的で入院となったが, 腎機能が不安定な状態で血液透析を前提とした手術加療が必要と考えられたため, 2001年 4月19日当科紹介受診. 各種画像診断の結果右腎盂腫瘍と診断し同年 5月 7日右腎尿管全摘術を施行した. 肉眼的に腫瘍は, 腎下極から腎盂・腎杯内に鉤型状発育していた. 病理診断は, 腎細胞癌 clear cell carcinoma, G2, pT1b, pN0 であった. 追加治療は施行せず術後5カ月経過した現在再発の徴候もみられず外来にて経過観察中である. 腎盂内に完全に占拠して鉤型状に発育した例は非常に稀であり, われわれの検索した本邦報告例は4例であった.

腎尿管内への進展を認めた腎細胞癌の1例：浅妻 顕，田上英毅，武縄 淳，添田朝樹（西神戸医療セ） 69歳，男性。主訴は肉眼的血尿。CTにて左腎実質，左腎盂尿管内に腫瘍を認め，RPにて腎杯腎盂から下部尿管の拡張と陰影欠損を認めた。左腎盂尿管腫瘍，または左腎細胞癌と左腎盂尿管腫瘍の合併の診断にて，左腎尿管全摘除術を施行した。摘出標本の腎実質の大部分は多数の結節を形成する腫瘍に置き換わっており，腫瘍の腎盂内への突出を認め，下部尿管内まで塞栓状に進展していた。病理診断は腎細胞癌，clear cell subtypeであり，尿管内進展部はほとんどが壊死に陥った腫瘍組織であった。術後6カ月間にわたりインターフェロン α 300万単位週3回投与を施行し，術後11カ月目で再発を認めていない。文献上腎尿管内への進展を認める腎細胞癌の報告は散見されるが，本例のように下部尿管まで進展するものは検索し得た限りでは存在しなかった。

同一腎に腎細胞癌と腎盂移行上皮癌が同時発生した1例：遠藤雅也，長谷部圭司，岡本大亮，岸川英史，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友） 70歳，男性。既往歴は虫垂炎，前立腺肥大症，膀胱結石。主訴は顕微鏡的血尿。膀胱結石術後に他院通院中，顕微鏡的血尿を認め，また尿細胞診がclass IVのため当科紹介された。CT，MRIにて右腎下極に直径約2cmの腫瘍を認めた。RPでは腎盂内に陰影欠損を認めた。またその時の腎盂尿管細胞診はclass IVであった。以上より右腎細胞癌，腎盂移行上皮癌の診断のもと2001年2月に右腎尿管全摘術を施行した。腎下極の腫瘍は腎細胞癌（grade 2, tubular pattern, clear cell subtype, pT1, N0, M0）であり，腎盂の腫瘍は腎盂移行上皮癌（grade 2, pTa, N0, M0）であった。同一腎に腎細胞癌と腎盂移行上皮癌が同時発生したのは本邦で28例目であった。

同時に発見された泌尿器科系三重複癌（腎癌・膀胱癌・前立腺癌）の1例：高田 剛，桃原実大，小森和彦，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察） 72歳，男性。1945年広島原爆に被爆。2001年3月13日無症候性肉眼的血尿を主訴に当科初診。膀胱鏡検査にて乳頭状膀胱腫瘍を，画像検査にて左腎腫瘍を同定し，同時にPSAの上昇を認めた。膀胱腫瘍の併発があったため，残存尿管への再発を考え，4月20日全身麻酔下，左腎尿管全摘術，腎門部リンパ管郭清術，経尿道的膀胱腫瘍切除術，経会陰的前立腺針生検術を同時に実施。病理組織学的に左腎細胞癌，膀胱移行上皮癌，前立腺腺癌の三重複癌と診断した。術後5カ月を経過し，癌の再発，転移は認めない。泌尿器科系同時性三重複癌は稀で，文献上自験例も含めて，国内外で17例，中でも腎癌，膀胱癌，前立腺癌の組み合わせが最も多く，国内外で14例，国内で10例であった。

両側腎腫瘍に対しマイクロターゼを用いた無阻血腫瘍核出術を施行した1例：池田朋博，大山信雄，平松 侃（日生），谷 満（大阪晩明館），平尾佳彦（奈良医大） 52歳，男性。高血圧などで内科通院中，腹部超音波検査で両側腎腫瘍を指摘され当科受診。腹部CTにて両側腎細胞癌が疑われた。左腎，右腎腫瘍に対し，2000年3月29日，4月26日に，それぞれ全身麻酔下に腰部斜切開によるマイクロターゼを用いた無阻血腫瘍核出術を施行した。左腫瘍は，外側は多房性嚢胞で中心部に黄色充実性腫瘍を認めた。右腫瘍は，一部硬結部を有する多房性嚢胞で黄色透明の内溶液を認めた。病理診断は，左腫瘍が腎細胞癌 clear cell carcinoma, G2, stage Iであり，右腫瘍は嚢胞内腔面に上皮性組織を認めず，多房性嚢胞であった。術後，重篤な合併症を認めず，両側腎機能をほぼ完全に温存し得た。術後1年6カ月を経過し，再発なく生存中である。

Interleukin-2 (IL-2) 投与後に腹水貯留を認めた腎細胞癌の2例：小堀 豪，前川正信，牛田 博，前川信也，井上幸治，金子嘉志，大森孝平，西村一男（大阪赤十字） 症例1，53歳，男性。腎細胞癌術後，肺転移，対側腎転移。IL-2 (70万 JRU/d \times 8w) 投与後80日目に腹水貯留を認めた。利尿剤にても，改善せず。腹水穿刺後のCTにて肺転移を認め，肺部分切除術施行。術後，腹水は消失し，7カ月経つ現在も経過良好である。症例2は，53歳，男性。腎細胞癌，下大静脈内腫瘍塞栓，肺転移，リンパ節転移。IL-2 投与開始後8日目に腹水貯留を認め，IL-2 を中止し，利尿剤を投与したが改善せず。連日腹水が貯留し，全身状態が悪化，死亡した。IL-2 の重大な副作用に体液貯留があり，vascular leak syndrome が関与している。本邦にてIL-2 による死亡例の報告はないが，本症例のように多量の腹水が

貯留し死に至る例もあり，十分に注意する必要がある。

腎癌に対する腎摘除術後の手術創に発生したデスモイド腫瘍の1例：藤田和利，山本暢朋，辻川浩三，菅尾英木（箕面市立） 53歳，男性。1998年7月健康診断で右腎腫瘍を指摘され，腎癌の疑いにて1998年8月右腰部斜切開にて右根治的腎摘除術施行した。腎細胞癌（pT1pN0M0）であった。外来経過観察中の2000年2月手術創の約3cm頭側に右腹壁の腫瘍を触知した。MRIでは右腹壁に正常筋肉とisodensityで，強く造影される9 \times 3 \times 4cmの腫瘍を認めた。腎癌の転移が疑われたため，同年3月17日右腹壁腫瘍摘除術を施行した。摘除標本は剖面白色の充実性腫瘍であった。病理組織学的には間質に太い膠原線維を伴う線維芽細胞様の紡錘形細胞の不規則な増生を認め，悪性所見を認めず，腹壁デスモイド腫瘍と診断された。2001年10月現在腫瘍の再発はなく生存中である。

成人 Mesoblastic nephroma の1例：長谷部圭司，遠藤雅也，岡本大亮，岸川英史，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友），村井裕子，上田 潤（同放射線科），辻村崇浩（同病理部） 症例は29歳，女性，肉眼的血尿を主訴に他院を受診。DIP・CTで右腎に腫瘍を指摘され，当科紹介となる。CTにて腎上極に嚢胞状部と，造影効果のある充実部からなる腫瘍を認めた。腎細胞癌と診断し，経腹的に根治的腎摘除術施行した。摘出腎は540gで，上極に表面平滑な14cmの腫瘍を認めた。病理所見で腫瘍は充実部と嚢胞部から成り，間質がコラーゲンや平滑筋細胞で占められ，尿管が散在しており，Mesoblastic nephroma と診断した。自験例を含めて成人 Mesoblastic nephroma 53症例を，若干の文献的考察を加え報告した。

成人 Mesoblastic nephroma の1例：野間雅倫，田中雅登，奥見雅由，市丸直嗣，小林義幸，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立） 58歳，女性。慢性関節リウマチにて当院免疫リウマチ内科通院中。2001年2月に発熱を主訴に当院内科受診。内科にて精査中，腹部CTにて右腎腫瘍を指摘され当科紹介受診となった。IVP, angiographyにて，悪性腫瘍も否定できず，2001年5月15日，全身麻酔下に右腎摘除術を施行した。摘出標本には右腎上部外側に最大径6cmの灰白色，充実性腫瘍の膨張性発育を認めた。病理組織では，myofibroblastに由来する紡錘形細胞の束の形成を認めた。診断は Mesoblastic nephroma であった。術後5カ月を経過し，再発は認めていない。成人の Mesoblastic nephroma は比較的に稀で文献上，本邦では32例目であった。

術前診断が困難であったAMLの2例：横溝 智，新井浩樹，松岡庸洋，甲野拓郎，高野右嗣，北村雅哉，高羽 津，岡 聖次（国立大阪），河原邦光，倉田明彦（同病理） 症例1，48歳，女性。検診にて右腎上極に腫瘍指摘され，当科初診。精査するも確定診断に至らず，経過観察していたが，7カ月後，腫瘍の増大認め，画像上，RCCと診断。右腎部分切除術施行。症例2，72歳，男性。検診にて左腎上外側に腫瘍指摘され，当科初診。画像上，脂肪腫，あるいは脂肪肉腫と診断。左腎，副腎を含む腫瘍摘除術施行。病理診断はいずれもAMLであった。AMLは，術前の画像診断により，比較的容易に確定診断可能だが，一部の症例では悪性腫瘍との鑑別に苦慮する。症例1は腫瘍が小さく，脂肪成分も認めなかったため，症例2は脂肪が多く，腎外発育性であったため，術前にAMLとの診断に至らず，病理組織がHMB-45染色陽性ということにより，AMLと診断された。

後腹膜に発症した Inflammatory pseudotumor の1例：吉岡 巖，植田和博，中山治郎，細見昌弘，清原久和（市立豊中），花田正人（同病理検査部） 59歳，女性，胃癌にて外科で胃全摘，リンパ節廓清術を受けた。術後の経過観察の腹部CTにて左腎にリング状に造影される腫瘍性病変を指摘されて当科紹介となった。悪性を疑い左腎摘出術を施行した。術後の病理検査で腫瘍は inflammatory pseudotumor であった。正常腎とは腎被膜で境界されており，後腹膜原発であった。術後，現在に至るまで良好な経過をたどっている。後腹膜ならびに腎に発生した inflammatory pseudotumor は非常に頻度が少ない病変で，術前の診断が非常に困難で多くは悪性が疑われて手術が行われている。

治療に難渋した両側腎動脈狭窄の1例：小池浩之，南 高文，今西正昭，門脇照雄（富田林），大西卓也，東川元紀（同放射線科）51歳，女性。既往歴は41歳時，子宮筋腫に対して手術を施行。本年2月26日，膀胱タンポナーデにて当科受診。膀胱鏡にて左尿管口からの出血を認めた。血管造影にて右腎より1本，左腎より4本の両側腎動脈狭窄を認めた。左腎よりの出血に対して steel coil を用いた超選択的腎動脈塞栓術を施行した。肉眼的血尿消失したが再度膀胱タンポナーデとなった。血管の蛇行強く不十分な塞栓に終わった血管による再出血と考えた。そのため全身麻酔下，経腰的に腰支配動脈結紮術を施行した。右腎に対しては，経過観察とした。術後6カ月を経過し，再出血なく経過している。両側腎動脈狭窄は稀で文献上，本邦6例目であった。

コイル塞栓術にて軽快した右腎動脈の1例：高尾典恭，清水洋祐，七里泰正，山内民男（北野）58歳，女性。主訴は無症候性肉眼的血尿。膀胱鏡で右尿管口からの血尿がみられた。尿細胞診陰性。DIP および CT では，特に異常を認めなかった。尿管鏡で右中腎杯漏斗に易出血性腫瘍性病変を認め，同部位の生検を施行したが，病理組織学的検査の結果，腫瘍性所見はなかった。血管造影では，腫瘍性病変に一致して右腎下極の分枝に拡張・蛇行した小血管群がみられ，腎静脈分枝の早期描出を認めた。以上より，右腎動脈狭窄と診断し，コイルによる動脈分枝塞栓術を施行した。術後4カ月経過しているが，血尿は認めない。本症例では，内視鏡的に病変の確認ができた。

萎縮腎に伴った腎軟結石の1例：野田泰照，岡 大三，高田晋吾，藤本宜正，小出卓生（大阪厚生年金）33歳，女性。時折認められる排石を主訴に他院を受診。左腎結石を指摘され ESWL 予定であったが，セカンドオペニオンを希望し当科受診。血液検査では異常を認めず，検尿においては軽度の膿尿が認められたが，尿培養は陰性であった。KUB にて左腎に卵殻状石灰化を伴った透亮像を，DIP では腎盂粘膜と腫瘍の間に造影剤が入り込み陰影欠損を示す余地像が認められた。CT では萎縮した左腎と共に腎盂内に low density mass とそれを取り囲む石灰化が認められた。以上より左腎軟結石を疑い，左腎摘除術を施行した。摘出した腎盂・尿管内は茶褐色・パテ状の軟結石が充満し，硬結石も散在していた。結石成分分析ではタンパク50%，リン酸カルシウム50%であった。

後腹膜鏡下腎固定術を施行した腎下垂の1例：清水洋祐，高尾典恭，七里泰正，山内民男（北野）25歳，女性。2001年3月上旬より肉眼的血尿および右腰背部痛出現。膀胱鏡にて右尿管口よりの出血を，DIP にて右腎下垂を認めた。尿路感染症がなく，angiography にてAVM が否定されたため，症状は右腎下垂によるものと診断し2001年7月16日，後腹膜鏡下腎固定術を施行した。3-0 絹糸で腎被膜と腰方形筋を腎上極外側から中極外側にかけて5針縫合固定した。手術時間は3時間10分，出血量は25gであった。術後のDIPでは，立位像で右腎は完全に固定されており，血尿および右腰背部痛は現在まで完全に消失している。後腹膜鏡下腎固定術は経腹膜の到達法に比べ，手術手技的には操作腔が狭く結紮が難しいという難点があるが，腸管損傷が少なく腰方形筋膜の露出が容易であり症状の強い腎下垂に対し有用な治療法と考えられた。

MRSA 感染による表在化動脈破裂の1例：金子嘉志，小堀 豪，前川正信，前川信也，牛田 博，大森孝平，西村一男（大阪赤十字）81歳，男性。2001年4月糖尿病性腎症のため血液透析導入，上腕動脈表在化施行。2週間後創部より膿流出を認め培養にてMRSAを検出したため局所の洗浄，消毒を行い対処していた。術後3週間目に突然動脈破裂を起した。大伏在静脈にて再建術を施行したが3日後に動脈吻合部中極側の動脈が破裂し，再度，再建術を施行。翌日動脈性の出血を認めたため開創したが出血部位同定できず，動脈吻合部に大伏在静脈のパッチをあて補強した。翌日再度動脈性の出血を認め，やむなく上腕動脈を結紮，4日後上腕を切断した。摘出した動脈の病理組織では全層にわたり好中球の浸潤を伴う急性炎症の像を呈し，外膜にブドウ球菌のコロニーを多数認め，MRSA 感染による動脈破裂と診断された。文献上MRSA血管炎による動脈破裂は稀である。

脳死肝移植後に生体腎移植を施行した1例：小林 恭，八木橋裕亮，岡田能幸，西山博之，木下秀文，山本新吾，賀本敏行，奥野

博，寺井章人，小川 修（京都大）58歳，男性。1997年C型肝炎硬変に対し米国で脳死肝移植術施行。1999年より腎硬化症が進行，2000年4月血液透析導入。同年11月妹をドナーとして生体腎移植を施行した。肝移植後免疫抑制プロトコルをもとに Tacrolimus, Mycophenolate mofetil および Prednisolone の3剤を用いた腎移植後免疫抑制を施行した。術後9カ月現在，両移植臓器に拒絶反応の徴候を認めず，C型肝炎の再燃・薬剤副作用などによる肝腎機能低下もみられていない。肝移植後に生じた末期腎不全患者に対しても腎移植用免疫抑制プロトコルを用いて腎移植を施行することが可能であると考えられた。

免疫抑制剤 MMF（セルセプト）による副作用発症例の検討：南幸，林 泰司，能勢和宏，松浦 健，栗田 孝（近畿大），森本康裕（神明会神原），原 靖（泉大津市立），今西正昭（済生会富田林），西岡 伯，秋山隆弘（近畿大堺）[目的]今回われわれはミコフェノール酸モフェチル（以下MMF）を使用した20症例の副作用について検討を行った。[対象と方法]MMFを使用した腎移植症例20例を対象とした。これらを検討し，代表的な副作用を呈した症例について個別に検討した。[結果]20症例中消化器症状が6例，骨髄抑制が3例，サイトメガロ感染が3例であった。消化器症状の6例中4例がMMFの継続が可能であった。[考察]今回われわれはMMFの副作用を呈した12症例を経験した。副作用に関して様々な報告がなされているが，慎重に使用することでその効果を活用できる薬剤と考えられた。

内反性増殖を呈した腎盂移行上皮癌の2例：山中邦人，中村一郎（神戸西市民），勝山栄治（同病理）症例1：75歳，男性。症例2：61歳，男性。主訴は肉眼的血尿。種々の画像診断にて両症例とも右腎盂腫瘍と診断し，右腎尿管全摘除術を施行した。症例1は，腎盂内に多数の疎な乳頭状腫瘍が充満していた。病理所見は，表面を正常移行上皮に覆われ，異型性を有する上皮細胞が内反性に増殖する部分と，乳頭状増殖したTCCが混在し，TCC，G1>G2，pT1であった。症例2は，腎盂内に2個の表面平滑な腫瘍を認めた。病理所見は，表面を正常移行上皮に覆われた，異型性を有する上皮の内反性増殖を認め，TCC，G1，pTaと診断した。症例1は術後1年，症例2は術後7カ月間NEDで経過している。上部尿路の内反性増殖を呈する移行上皮癌は稀で，本邦では自験例を含め18例報告されている。低異型度でT1以下のものが多く，症例を重ねれば腎温存手術の適応となる可能性がある。

集合管内進展を示した腎盂癌の1例：吉田哲也，金谷 勲，神波照夫（大津市民）74歳，男性。1999年9月7日より血尿が持続するため当院初診。尿路系の精査を施行するも明らかな異常所見を認めなかったものの肉眼的血尿が持続するため，10月20日血管造影検査を行った。腎動脈瘤を認めたため塞栓術を施行し，一旦血尿は消失した。しかしその後も間欠的に肉眼的血尿を認めたため精査したところ動脈瘤を認めたため再度塞栓術を施行した。その後造影CTにて，上腎杯に徐々に増大するlow density areaを認め，腫瘍の可能性も否定できないため5月17日左腎尿管全摘術を施行。上腎杯に乳頭状腫瘍を認めた。病理診断はTransitional cell carcinoma, G2>G3, pT1, INFβであった。一部，腫瘍細胞が集合管内を通過し腎皮質まで進展していたが集合管基底膜は保たれていた。このような腫瘍に関しては明確に定義されていないが，基底膜を越え粘膜下に浸潤する腫瘍に比べ，比較的に予後良好とのことである。

腎癌が疑われた透析患者の多嚢胞化萎縮腎に発生した腎盂癌の1例：松田 淳，大山 哲，別所偉光，加藤禎一，寺田隆久（白鷺）57歳，男性。透析歴28年。近医透析クリニックで週3回血液透析施行中。2001年2月6日，年に1回の定期腹部CT検査で左腎はほぼ中央に直径約4cmの腫瘍性病変を認めた。造影CTで同病変の造影効果を認めた。左腎動脈造影で腎はほぼ中央に腫瘍濃染像を認めた。透析患者の多嚢胞化萎縮腎に発生した腎癌と診断。3月21日経腰のアプローチで左腎摘除術を施行。病理組織は移行上皮癌，G3，pT3，pL0，pV1，INFγ，腎門部リンパ節には転移を認めなかった。膀胱鏡では膀胱粘膜に異常を認めず，左逆行性尿管造影では陰影欠損を認めなかった。現在再発，転移を認めていない。透析患者に発生した上部尿路の移行上皮癌は本邦26例目である。今後透析患者の腎腫瘍では腎盂腫瘍も考慮するべきと考える。

尿管に発生した肉腫様癌の1例：榎木得郎，柑本康夫，射場昭典，吉川和朗，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 67歳，男性。主訴は下腹部痛。2001年2月，下腹部痛のため近医を受診し，DIPにて左水腎症認められたため当科紹介となる。尿細胞診陽性で左尿管腫瘍疑われ，精査加療目的で当科入院となる。尿管鏡を施行し非乳頭状広基性腫瘍が存在したため，生検を行った。組織にて肉腫様となった未分化なカルチノーマが疑われ，肉腫様癌と診断し，左尿管全摘を施行した。組織学的診断にてCISを随伴した尿管肉腫様癌，pT2N0M0と診断した。現在術後5カ月で再発の兆候を認めていないが肉腫様癌の予後は一般的に不良とされているため厳重な外来経過観察が必要と考えられた。尿管原発の肉腫様癌は稀な疾患で本邦では9例目であった。

膀胱全摘，直腸膀胱造設後11年目にして発生した尿管癌の1例：重村克巳，結縁敬治，片岡頌雄（市立西脇） 74歳，男性。1990年膀胱癌にて膀胱全摘，直腸膀胱造設。その後再発を認めなかったが，2001年7月発熱を主訴に当科受診し，右腎盂腎炎の診断にて抗生剤治療を行うも軽快せず，右腎瘻留置にて軽快。この時施行した右順行性腎盂尿管造影にて右尿管の途絶を認めた。直腸膀胱のため，逆行性の尿路検索が困難と考えられ施行せず，CTにて右尿管腫瘍と診断された。同7月18日右尿管全摘術を施行した。手術所見としては右の下尿管は直腸膀胱の近傍にて切離した。文献上膀胱全摘直腸膀胱造設後の上部尿路再発についての報告はなかった。直腸膀胱のため，逆行性の尿路検索は施行困難であると考えられたため行わず，順行性腎盂尿管造影，CTが診断に有用であった。

同時性両側尿管癌の1例：結縁敬治，重村克巳，片岡頌雄（市立西脇） 77歳，男性。主訴は血尿。膀胱鏡や画像診断により左下部尿管と膀胱内に連続する右下部尿管の両側尿管腫瘍の診断で，まずTUR-Bt，左尿管鏡下生検を施行し，画像診断と総合してローグレード，ローステージの両側下部尿管癌と診断した。分腎機能が良く，再建がより容易な右側は尿管部分切除を選択し，2001年5月16日に経後腹膜の左尿管全摘除，右尿管部分切除，尿管膀胱新吻合（プソアスビッチ法）術を施行した。病理はTCC，G1，pT1（左），pTa（右）であった。両側同時性尿管腫瘍の報告例は少なく，確立した治療方法はない。本症例ではまず内視鏡的切除，尿管鏡下生検，画像診断によりローグレード，ローステージの腫瘍と診断した上で，年齢，腎機能などを考慮して今回の術式を選択した。術後半年を経過し，転移や残存尿管の再発を認めず，腎機能も正常である。

異時性5重複癌（両側乳癌，胃癌，S状結腸癌，Bowen病，左腎盂癌）の1例：永原 啓，吉村一宏，垣本健一，高原史郎，奥山明彦（大阪大） 80歳，女性。41歳時に右乳癌，59歳時に胃癌，65歳時S状結腸癌，70歳時左乳癌，79歳時左季肋部Bowen病。2001年3月肉眼的血尿が出現し，各種画像診断および左腎盂尿細胞診class Vより左腎盂腫瘍が疑われ，手術目的にて同年6月29日当科入院。入院時に腎盂腎炎に罹患しており，入院時より連日の抗生剤投与を行い腎盂腎炎の軽快を待ち同年7月6日左尿管全摘除術施行。病理診断はTCC，G3，INF-γ，pT3，pR0，pL1，pV0，pN1，pMx。術後経過は良好で，追加治療は行わず，略治退院となった。本邦における5重複癌症例の報告例は，剖検例を除き自験例を含め11例とわかって少なく，その中ですべてが異時性に経過し，すべてに対して外科手術を施行しえたものは本症例のみであった。

両側上部尿路膀胱上皮内癌に対してBCG注入療法施行後に発生した腎盂扁平上皮癌の1例：植村元秀，向井雅俊，福原慎一郎，菅野展史，西村健作，三好 進（大阪労災），吉田恭太郎，川野 潔（同病理科） 73歳，男性。主訴は発熱。1995年4月，両側上部尿路膀胱上皮内癌と診断。左右の腎に順次DJカテーテルを留置し，BCG膀胱内注入療法を施行。発熱，腎機能障害の副作用強く，途中で中断。左腎の機能はほぼ廃絶した。1996年9月，右尿管摘除術を施行。術後は血液透析導入となった。さらに1999年9月，浸潤性膀胱腫瘍を認め，膀胱尿道摘除術，左尿管皮瘻瘻造設術を施行。2000年4月頃より発熱持続。腹部CTにて，強度に萎縮していた左腎の腫大を認め，腎盂腫瘍の存在が疑われた。左膿腎症および左腎盂腫瘍と診断し，同年5月15日，左尿管摘除術を施行。病理組織学的診断は腎盂扁平上皮癌であった。術後17カ月経過した現在外来にて経過観察中である。

BCG膀胱内注入療法中，横紋筋融解をきたした1例：岸川英史，遠藤雅也，長谷部圭司，岡本大亮，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友），西中和人（同神経内科） 84歳，男性。82歳および83歳時に上部尿路および膀胱CISに対し，シングルJカテーテルよりBCGを計8回注入。今回，再発性の右上部尿路および膀胱CISに対し，ダブルJカテーテルを留置の上，BCG 80mgを膀胱内に注入。2回目注入後4日目に下肢の脱力を生じた。血清CKの上昇（19,000以上）を認め，横紋筋融解症と診断した。BCG注入療法中断と輸液による腎機能保護をしたところ血清CKは低下してゆき，下肢の脱力も消失した。腎機能障害も認めなかった。その後マイトマイシンとビラルビシンの膀胱内注入を10回施行し，尿細胞診は陰性化した。BCG膀胱内注入療法中，横紋筋融解をきたした報告は過去に2例のみあった。

CDDP腹腔内投与により症状軽快した移行上皮癌術後の癌性腹膜炎：辻 裕，寒野 徹，伊藤将彰，瀧 洋二（公立豊岡），河瀬紀夫（島田市民） 79歳，男性。1997年8月左尿管癌に対して左尿管全摘除術施行。同年12月に右尿管癌を認めたため，右尿管部分切除・回腸にて置換。移行上皮癌grade 3 pT3。術後CAP 2コース施行。1999年2月TUR-Bt。2000年10月より腹水を認め，次第に増悪するため入院。胸部X-pやCTでは腫瘤を形成するような局所再発，転移を認めず。腹水細胞診はclass V。消化器などの癌を唆する所見はなかった。入院時の腹囲は最大囲で91cm。腹水を1l抜いた後，シスプラチンを50mg腹腔内に注入し，同時に経静脈的にチオ硫酸ナトリウムを投与（Tow Channel Chemotherapy）。腹囲減少し症状軽快。骨髄抑制，神経障害，腎機能障害はみられず。

D-Jカテーテル長期留置に伴う両側多発性腎，尿管結石の1例：谷満，坂 宗久（大阪明眼），池田朋博，大山信雄，平松 侃（日生），趙 順規（奈良医大） 71歳，男性。1998年に脳梗塞でほぼ寝たきり状態であった。右尿管結石および左腎結石生じ，2000年にTUL，ESWL施行したが，退院後約半年間受診せず。本年5月腹痛，嘔気出現し当科入院となる。両側D-Jカテーテル周囲は石灰化が著明で水腎症ならびに腎盂腎炎を併発しており，右側PNS増設し抗生剤投与で炎症所見が改善した後，6月7日両側TUL施行しS-Jカテーテルを留置した。残石に対し右側はESWLを1回施行し碎石良好にて右PNS，S-Jカテーテル抜去，左側に対しては現在4回ESWLを行い，経過観察中である。

後腹膜線維症により腎後性腎不全をきたしたErdheim-Chester diseaseの1例：西山隆一，北原光輝，高橋 彰，日裏 勝，金岡俊雄，林 正，吉田 修（日赤和歌山） 57歳，男性。5年前に中枢性尿崩症と診断された。3年前よりふらつき出現。2000年11月，腎機能低下にて当科受診。両側上部尿管狭窄による腎後性腎不全認め，尿管カテーテル留置した。2001年2月，右尿管剝離術施行。腎尿管周囲は黄色硬のミョー様線維性組織で覆われていた。採取組織は組織球の浸潤および泡沫細胞を認め，CD68とα1-AKTは陽性，S-100とCD11aは陰性であった。骨シンチにて大腿骨，脛骨，仙腸骨関節，肋骨に左右対称性の骨硬化像認め，上記疾患と診断した。MRI上，両側後眼窩内，下垂体～視床下部，左側頭葉にも病変あり。術後ステロイド投与，尿管バルーン拡張行っても尿管狭窄改善されず，現在経皮的右腎瘻造設している。本疾患は全世界でおよそ80例，本邦で10例あまりの報告がある。

排尿障害によるIV型尿細管性アシドーシスの乳児例：山道 深，杉多良文，吉野 薫，谷風三郎（兵庫こども），岡 泰彦，藤岡 一（加古川市民） 1カ月の女児。主訴は発熱。妊娠40週，2,764g，新生児仮死で出生。生後1カ月時にUTIの診断で近医入院。両側水腎尿管症。多量の尿貯留による拡張した膀胱を認め，尿道カテーテルを留置され2000年6月当科受診。腎機能正常，低Na，高K血症，anion gap正常の代謝性アシドーシス，血中アルドステロン高値，超音波検査で両側水腎尿管症，膀胱造影検査で両側膀胱尿管逆流症を認めた。さらに，原因不明の神経因性膀胱による排尿障害も認めた。閉塞性尿路疾患（神経因性膀胱による排尿障害）による二次性偽性低アルドステロン症Ⅰ型を呈しⅣ型尿細管性アシドーシスを生じたと診断し，重曹投与を開始した。電解質，血液ガス，血中アルドステロンは正常化し，2001年7月重曹中止するもその後も経過良好である。

感染性尿管囊胞の1例：山本暢朋，藤田和利，辻川浩三，菅尾英木（箕面市立） 10歳，男児。2001年3月17日発熱・腹痛を主訴に近医を受診し感染性腸炎として治療を受け一時軽快するも再度増悪し臍部の腫脹も認められたため，22日当院を紹介され入院となった。入院時腹部エコーおよびCTにて臍の尾側に尿管囊胞と思われる腫瘍を認めたが，膀胱と連続する尿管管の存在ははっきりしなかった。しかしMRIでは，臍直下の囊胞から膀胱につながる尿管管と考えられるlow intensityの索状物を認めた。4月6日手術を行い，臍直下に感染性囊胞を認め，これから膀胱壁につながる索状物を認めたため，膀胱部分切除を加え臍直下から膀胱頂部まで一塊に切除した。病理組織学的には，囊胞の尾側の索状物は管腔構造を有し尿管管と診断された。術後経過は良好で，感染兆候は認めていない。MRIは尿管管の遺残や尿管癌の診断に有用であると考えられた。

特異な経過をたどった胎児尿管管開存症の1例：原田泰規，内藤泰行，松本富美，島田憲次（大阪母子七） 胎児超音波検査で臍帯ヘルニアが疑われ当院紹介受診された。妊娠20週の胎児超音波検査で両側中等度水腎症と尿管管囊胞を認めた。妊娠25週になり尿管管囊胞は消失し新たに腹壁外囊胞への腸管脱出像を認めた。これ以後膀胱はまったく検出されなかった。妊娠経過中，羊水量は正常で，38週目に出生となった。生下時，臍帯ヘルニアに加え，臍帯部に粘膜の脱出を認め，尿道膀胱造影で尿管管開存症と診断した。本症例では妊娠中期に尿管管囊胞が自然破裂したことで胎児の腹壁欠損部が減圧し二次的に臍帯ヘルニアと膀胱像の消失をきたしたと考えられた。

出生前診断により発見された仙骨奇形腫の1例：内藤泰行，原田泰規，松本富美，島田憲次（府立母子医療セ） 症例は在胎33週，胎児。近医で胎児超音波検査により羊水過少と胎児の膀胱の拡大を指摘され，精査・加療目的にて当院に母体搬送された。在胎34週胎児の膀胱穿刺を行い，腎機能の温存されていることが確認された。在胎35週帝王切開により分娩し2,612gの女児であり，出生直後超音波ガイド下に膀胱ろうを造設した。膀胱造影では尿道が強く圧迫され，骨盤腔内を占有した腫瘍により膀胱は左上方に大きくずれていた。日齢2日，腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は充実性暗赤色で8×8×7cm，96gでimmature teratomaであった。4歳時の膀胱機能評価ではunder active detrusorで日常では尿意は乏しく，尿勢も弱く少量ながら残尿のみみられるが自己導尿せず経過観察中である。

膀胱原発神経内分泌癌の1例：矢野孝明，河 源（関西医大洛西），室田卓之，川喜田睦司，松田公志（関西医大） 66歳，女性。肉眼的血尿および右水腎症の精査目的にて来院。画像診断にて浸潤性膀胱腫瘍（T4N2M0）と診断し，経尿道的に生検したところ一部に神経内分泌顆粒陽性所見があり，神経内分泌癌と診断された。血清NSE（神経特異エノラーゼ）値は18ng/mlであった。M-VAC全身化学療法2コース後の効果判定はNCであった。その後，根治的膀胱全摘除術を施行をした。病理診断は神経内分泌癌>移行上皮癌，pT4pL2pV1pN2であった。術後補助療法としてエトポシド1日50mgの内服投与を行ったが，その後血清NSE値の漸増がみられ，局所再発および遠隔転移をきたし，治療開始9カ月後に死亡した。本症例におけるNSE値の推移は，病勢を反映しているものと考えられた。

若年性高血圧の精査中に発見された膀胱原発褐色細胞腫の1例：葉山琢磨，坂本 亘，杉本俊門，山越恭雄，石井啓一，上川禎則，金卓，早原信行（大阪総合医療セ），山田 浩，玉森晶子（同小児内科） 16歳，女性。2000年6月25日より頭痛出現し当院受診。血圧260/180mmHgと高値を認め入院。血液・尿検査にてカテコロールアミン高値を示した。¹²³I-MIBGにて膀胱に集積像を認めた。CT，MRIにて膀胱内腔左側に長径7cm大の腫瘍を認めた。また血圧は排尿後に上昇を認めた。以上より，膀胱原発褐色細胞腫の診断となった。αブロッカーなどの降圧剤にても血圧のコントロール困難にて，2000年9月22日全麻下に腫瘍摘除術施行。術中血圧は高値であったが，腫瘍摘除後低下した。病理組織検査より膀胱原発褐色細胞腫の診断となった。術後血圧は低下し，血中尿中カテコロールアミンも低下し，同年10月2日に退院となった。文献的考察をふまえ報告する。

排尿困難を主訴とした内反性乳頭腫の1例：木村泰典，藤原敦子，三神一哉，植原秀和，川瀬義夫，村田庄平，内田 陸（松下記念） 65歳，男性。2001年3月に排尿困難で当科受診。超音波検査，膀胱鏡

にて膀胱頸部1時方向に発生した内反性乳頭腫と診断した。経尿道的腫瘍切除術を施行。病理診断は内反性乳頭腫であった。排尿困難症状は改善し，術後6カ月を経過した現在，再発を認めていない。一方，当科で50歳以上のPSA高値218症例に対し，前立腺生検時，膀胱鏡検査を施行した結果，膀胱癌5例，内反性乳頭腫5例が発見された。このように偶然発見された膀胱腫瘍10例のうち5例に内反性乳頭腫が認められたことは，潜在的には内反性乳頭腫の発生頻度は諸家の報告よりも高いのではないかと考えられた。また，内反性乳頭腫の発生要因は不明であるが，年齢，PSA，IPSSなどから下部尿路閉塞と何らかの関係があるのではないかと推察された。

腫瘍内感染により治療に難渋した骨盤内平滑筋肉腫の1例：藤井令央奈，新谷寧世，稲垣 武，鈴木淳史，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 59歳，男性，主訴は尿閉。骨盤内に内部壊死を伴う腫瘍を認めた。経直腸エコーガイド下腫瘍生検後，pre-DIC状態となり，化学療法でも改善認めず，経皮的にドレーンを留置。炎症所見の改善後，骨盤内臓器全摘術を施行。摘出標本の重量は1,500g。膀胱，直腸粘膜面に異常なく，前立腺も腫瘍の辺縁に位置していた。HE染色では異型の高度な紡錘形，多形性の核を有する細胞が高密度に錯綜増生。免疫染色では，actinが腫瘍全域で陽性。一部cytokeratin，EMAが陽性であったが，上皮系分化を示す組織形態を認めなかったため，骨盤内軟部組織発生性の平滑筋肉腫と診断した。術後2カ月目に腫瘍再発により永眠された。内部壊死を伴った腫瘍に対する術前生検の困難さを改めて痛感した1例であった。

S状結腸癌による膀胱腸瘻の1例：古川順也，原口貴裕，森末浩一，山中 望（神鋼），中野正人，坂野 茂（同外科），後藤紀洋彦（後藤泌尿器） 50歳，女性。頻尿および尿尿を主訴に2001年6月3日当科を受診。膀胱後壁に粘膜の浮腫状変化を伴う隆起性病変を認めた。各種画像診断ならびに膀胱粘膜生検および結腸粘膜生検にてS状結腸癌膀胱浸潤による膀胱腸瘻と診断し，2001年6月21日にS状結腸切除，子宮合併切除，膀胱部分切除ならびにGoodwin法による膀胱拡大術を施行した。膀胱は三角部のみ温存し得た。また，膀胱腸瘻の予防ならびに膀胱後方支持の目的で，再建膀胱後面に大網を充填した。病理組織学的診断は高分化型腺癌であった。術後3カ月において，膀胱容量280ml，MFR43.7ml/sec，AFR16.0ml/secであった。尿意は保たれ，尿失禁は認められず，排尿機能および蓄尿機能ともに良好な結果が得られた。

画像上膀胱腫瘍と鑑別困難であったS状結腸癌膀胱浸潤の1例：八尾昭久，岡本雅之，松本 修（三木市民），近藤兼安（近藤泌尿器科クリニック） 55歳，男性。排尿困難，肉眼的血尿を主訴に近医泌尿器科受診。膀胱腫瘍の診断で当科紹介され，精査加療目的で入院となる。CT，MRIで膀胱内に約10cmの不整形の腫瘍を認め，S状結腸浸潤が疑われた。TUR-BTを施行，腫瘍は広基性，乳頭状で膀胱三角部に達していた。Colon fiber，注腸造影でS状結腸に不整な全周性狭窄を認めた。TUR切片，CF下生検いずれも中分化型腺癌でありS状結腸癌膀胱浸潤の診断のもと，膀胱全摘術，S状結腸切除術，Studer原法による回腸利用新膀胱造設術を施行した。本症例はS状結腸癌が早期に膀胱壁を穿破しおもに膀胱内で発育したため消化器症状を認めなかったこと，CT，MRIで特徴的な所見を認めなかったことより，原発性膀胱癌との鑑別が困難であったと考えられた。

膀胱浸潤をきたしたS状結腸癌の1例：舟尾清昭，吉田直正，川嶋秀紀，池本慎一，杉村一誠，仲谷達也，岸本武利（大阪市大） 53歳，女性。腹痛，血便，便柱狭小を認め救急搬送。S状結腸癌によるイレウスと診断され，また膀胱浸潤も疑われたために当科紹介となった。2001年5月1日，S状結腸切除，膀胱部分切除，膀胱拡大術および左尿管膀胱新吻合術を施行。膀胱は三角部を残す形で全周性に切離し，回腸を用いて膀胱拡大術を行った。病理組織診断は，moderately differentiated adenocarcinoma，T4，N0，M0であった。術後123日目のDIPで，両側腎盂腎杯異常を認めず，膀胱容量も保たれ，残尿も認めなかった。現在，再発も認めず，外来通院中である。今回われわれが経験した症例では，腫瘍を一塊に切除しながらも，膀胱三角部を温存しえ，尿路変向することなく，膀胱拡大術を用いることによってQOLを保持することができたと考えた。

BCG 注入療法により全身性過敏性反応を呈した2例：平井利明，松本 穰，小野 豊，目黒則男，前田 修，木内利明，黒田昌男，宇佐美道之（大阪成人病セ） 症例1は66歳，男性。2000年4月，膀胱上皮内癌に対しBCG注入療法を開始したところ，約40℃の発熱，肝機能異常および軽度の炎症所見を認めた。症例2は64歳，男性。2001年4月，左上部尿路上皮内癌に対し，逆行性にBCG注入療法を施行。6回目注入後に40℃の発熱，呼吸困難，肝機能異常などが出現した。いずれの症例でも，結核菌は検出されず，結核感染は否定的であった。BCG注入後に，遷延する発熱，呼吸器症状，肝機能異常などが見られた場合は，結核感染のみならず，BCGに対する全身性過敏性反応を考慮すべきである。治療にあたっては，まず薬剤を中止し，副腎皮質ステロイドと抗結核剤の併用が必要と考えられる。

BCG 膀胱内注入療法後に生じたライター症候群の1例：芝 政宏，藤井孝祐，高寺博史（八尾徳洲会） 57歳，男性。2000年5月10日，排尿痛を主訴に当科受診。尿細胞診はclass Vであった。画像診断と生検にてCIS (carcinoma in situ) の筋層浸潤と診断。動脈内注入化学療法を2コース施行後，BCG膀胱内注入療法を計6回施行した。CRを得たが，その半年後に膀胱内再発を認め，再度BCG膀胱内注入療法を計4回施行した。BCG膀胱内注入療法施行中に関節痛（右仙腸骨，膝，足関節痛）と両側結膜炎症状が出現，BCG膀胱内注入療法後に生じたライター症候群と考えられた。BCG膀胱内注入療法終了後，関節痛は約1カ月で，結膜炎は約1週間で消失した。現在再発を認めず，外来経過観察中である。ライター症候群はBCG膀胱内注入療法の重大な副作用として添付文書に記載されており，頻度は低いに注意を要する。

柴零湯によるアレルギー性膀胱炎の1例：西川全海，前田康秀，上仁数義，片岡 晃，岡本圭生，岡田裕作（滋賀医大） 41歳，女性。排尿時痛および頻尿を主訴とし2001年3月6日当科受診。膀胱炎として治療されたが難治性であったため，同年5月14日入院。精査にてアレルギー性膀胱炎が疑われたため，2年前より罹患した潰瘍性大腸炎に対し1年7カ月間内服していた柴零湯を中止したところ，症状は2日で軽快した。漢方薬によるアレルギー性膀胱炎は内服開始から発症までの期間が比較的長いことが特徴で，診断においてはこのことを十分念頭におくべきと考えられた。

RTX（レジニフェラトキシン）膀胱内注入療法3例の経験：清水信貴，尾上正浩，尼崎直也，杉山高秀，栗田 孝（近畿大），吉岡伸浩（市立貝塚），田原秀男（市立堺），朴 英哲（はく泌尿器科クリニック） 症例1は53歳，女性で主訴は尿漏れ，1988年に腰部脊柱管狭窄症にて椎弓切除を施行され，術後の反射性尿失禁が増悪したということでRTX膀胱内注入療法を行った。術後膀胱容量は増加したが不随意収縮，自律神経過反射共に抑制されなかった。症例2は66歳，女性で主訴は膀胱痛。間質性膀胱炎と診断し水圧拡張術を2回施行したが症状改善されずRTX膀胱内注入療法を施行。症例3は29歳，女性で主訴は頻尿，膀胱痛。間質性膀胱炎と診断され様々な治療を行ったが効果なくRTX膀胱内注入療法を行ったが症状の改善は認められなかった。今後症例を増やしさらに検討する必要があると思われる。

出産時子宮膀胱破裂を認めた1例：平岡健児，邵 仁哲，佐藤暢，石田博万，林 一誠，姫田 健，細川典久，鴨井和実，藤戸章，中尾昌宏，三木恒治（京府医大） 32歳，女性。29歳時に帝王切開の既往あり。2001年3月13日に経陰分娩を施行したところ，分娩後腹部全体に圧痛が出現，尿道カテーテル留置すると肉眼的血尿を認めた。腹部超音波，内診，膀胱洗浄液の腔からの流出などにより，膀胱子宮瘻が疑われ，当科紹介となった。膀胱鏡を施行したところ膀胱後壁に約3cmの裂孔を認め，緊急手術を施行すると，子宮は大きく断裂しており，子宮膀胱破裂を生じていた。子宮摘出後，尿管にカテーテルを留置し，膀胱壁の縫合閉鎖を行った。術後，膀胱造影および膀胱鏡にて縫合部が治癒していることを確認した。術後7カ月経過した現在，特に異常を認めていない。出産時に生じた膀胱自然破裂は，自験例も含め本邦でわずか4例の報告しかなく非常に稀と考えられた。

外傷性新膀胱破裂の1例：武中 篤，原田健一，丸山 聡（兵庫県立柏原），中村一郎（神戸西市民），松下全巳（松下泌尿器科） 40歳，男性。主訴：腹痛。1998年5月，直腸癌にて高位前方切除，1999

年2月，局所再発し，膀胱全摘術+回腸新膀胱造設術（Studer法）を受けた。同年7月以後，外来通院を自己判断で中断していた。来院最終時の残尿は310mlであった。2001年2月9日，約150kgの鉄製の箱で下腹部を強打し，救急外来を受診した。腹部は膨隆しBlumberg徴候を認め，高度の肉眼的血尿を認めた。CT，新膀胱造影では新膀胱破裂と確定診断できなかったが，来院2時後，試験開腹を施行した。新膀胱の頂部と前壁に破裂を認めた。新膀胱を可久的に摘出した後，輸入脚を遊離し回腸導管とした。短期合併症はなかったが，術後8カ月現在，ストマ狭窄，間欠的跛行（術中腸骨動脈損傷），残存新膀胱内の粘液貯留などの問題点が生じた。

膀胱皮膚瘻を生じた再発性膀胱自然破裂の1例：竹田 雅，泉 武寛（市立加西） 51歳，女性。1983年に子宮頸癌で広汎子宮全摘および放射線60Gy照射の既往がある。1993年に膀胱自然破裂を発症し，尿道カテーテル留置による保存的治療で治癒，以降自己導尿管理としていた。2000年1月，腹壁蜂窩織炎で外科入院中，下腹部正中創の発赤腫脹著明な水泡形成部位を一部切開したところ，多量の淡黄色漿液性排泄物を認めた。再発性膀胱自然破裂と診断したが，高度の骨盤腔内の癒着が予想され瘻孔部の同定および閉鎖は困難と判断し，保存的に皮膚瘻部および尿道よりカテーテル留置した。同年4月にこれらを抜去して自己導尿再開し，外来経過観察中である。子宮頸癌術後放射線療法後の膀胱自然破裂は散見されるが，今回膀胱皮膚瘻を生じた稀な症例を経験したので報告した。

酸性尿酸アンモニウム結石を伴ったEncrusted cystitisの1例：伊藤将彰，寒野 徹，河瀬紀夫，瀧 洋二（公立豊岡） 症例は88歳，男性。間質性肺炎に対して他院でステロイド治療中血糖尿を認め紹介受診・転院となった。KUB・CT・膀胱鏡にて膀胱内面ほぼ2/3に石灰化を，病理所見にてbacterial coloniesとそれに伴う炎症細胞の浸潤・石灰化を認め悪性所見は認めなかった。またその際の結石分析で酸性尿酸アンモニウム結石と診断された。免疫低下状態でウレアーゼ産生菌による尿路感染を起し，アルカリ物質である酸性尿酸アンモニウム結石が粘膜に沈着したと推察される。酸性尿酸アンモニウム結石は稀な結石で炎症性腸疾患・緩下剤類用・東南アジア小児・尿路感染などを原因とする症例報告が散見される。抗生剤の投与と酸性液であるソリタT1による膀胱内灌流で石灰化病変の著明な縮小を認めた。

術前診断が困難であった膀胱放線菌症の1例：松村善昭，今村正明，東 新，奥村和弘，寺地敏郎（天理よろづ相談所），浅生義人，松末 智（同腹部外科） 下腹部痛を主訴とした55歳女性の膀胱放線菌症を経験した。軽度の炎症所見を認めたのみで腫瘍マーカーに異常なく，CT MRIで膀胱左側かつ頭側に内部不均一で膀胱筋層との境界不明瞭な8×5×4cmの充実性腫瘤を認めた。生検所見は非特異的炎症所見のみでデスモイドあるいは脂肪織炎を疑い，膀胱頂部を含め腫瘤切除術および回腸利用膀胱拡大術を施行した。病理所見では放線菌症に特異的な菌塊（sulfur-granule）を認め，また正中臍索は膿瘍へ連続しており感染経路と疑われた。術後抗生剤の長期内服を行い経過良好である。放線菌症は画像診断で軟部組織腫瘍との鑑別が難しく，生検での培養や組織診断の陽性率も低く，術前診断が困難である。

子宮脱手術後膀胱異物により排尿障害をきたした1例：平原直樹，南口尚紀（福知山市民），三神一哉（松下記念） 73歳，女性。1998年10月に子宮脱にて膀胱頸部吊り上げ術施行されていた。手術後より排尿障害を自覚するも放置，2001年3月肉眼的血尿を認めたため当科初診となった。膀胱鏡所見にて膀胱頸部0時から6時にかけてループ状にナイロン糸を認め，結石の付着も認めた。入院後膀胱異物（ナイロン糸）に対して経尿道的切除術を施行した。切除を進めると膀胱頸部6時には吊り上げの際のナイロンメッシュも見られた。膀胱粘膜の一部切除し手術を終了した。手術後3カ月の膀胱鏡所見にては切除後の粘膜面もきれいに上皮化されており子宮脱の再発もみられなかった。膀胱異物においては医原性のものの中では文献上婦人科手術後が一番多かった。術後の尿道膀胱異物は症状があるにもかかわらず放置されることも多く注意が必要である。

脊髄炎に伴う排尿障害の3例：高原由姫，栗栖 猛，岡田 昇，川嶋秀紀，仲谷達也，岸本武利（大阪市大），安宅鈴香（同神経内科） 症例1は27歳，男性。両上下肢しびれを主訴に神経内科受診し，脊髄

炎を疑われた。犬回虫特異的抗体の上昇を認め、駆虫薬の内服により排尿障害も改善した。症例2は32歳、女性。脊髄ショックとなり尿閉をきたすもステロイドパルス療法により歩行可能、自排尿可能となった。MSの初発症状と診断された。症例3は37歳、男性。感冒様症状の後尿閉、歩行不能となり神経内科でステロイド、抗ウイルス剤の投与を受け、神経症状は改善みられたが排尿障害が残存し、CIC導入となった。ADEMと診断された。急性期後の尿流動態検査でDSDが疑われた。急性脊髄炎に伴う排尿障害では、原疾患の治療と共に、尿流動態検査で膀胱機能の評価を行うことが適切な治療のために必要であると思われる。

精巣 Leydig 細胞腫の1例：阿部豊文，高羽夏樹，松宮清美，奥山明彦（大阪大），宮崎和典（宮崎レディースクリニック） 33歳，男性。不妊を主訴に受診した際，高度乏精子症と共に，左陰囊内腫瘍を認めた。女性化乳房は認めず。β-HCG，AFP，LDHは正常値。テストステロン，FSHの低下を認めたが，エストラジオール，LHは正常値であった。超音波検査，CTにて，左精巣腫瘍と診断，左高位精巣摘除術施行。摘出標本は，境界明瞭な径2cmの充実性腫瘍で，断面は暗褐色であった。病理診断はLeydig細胞腫。Reinkeの結晶は認めず。術後，テストステロンは正常値まで上昇，エストラジオールは，術前後を通じ一定であった。一方，LH，FSHは術後5日目より急激な上昇を認めた。術後3カ月目の精液所見では著しい改善を認めた。術後4カ月を経過し，再発，転移を認めず。自験例は精巣Leydig細胞腫本邦55例目である。

陰囊内類表皮嚢胞の1例：相馬隆人，種田倫之，土井 浩，飛田収一（京都市立），嶋田俊秀，廣巢晃昌（同病理） 78歳，男性。無痛性の左陰囊部腫脹にて，2001年2月当科受診。エコー，MRIで左陰囊内に，精巣に接して手拳大および鶏卵大の軟らかな腫瘍を2カ所認めた。陰囊内腫瘍の診断のもと，2001年3月22日腰椎麻酔下に腫瘍摘出術を施行した。左精巣は腫瘍と離れて存在し，陰囊皮下組織と強い癒着を認めたが，2個の腫瘍は被膜ごと摘出可能であった。摘出標本は9×4.5×5.5cm，4.5×2.5×3.7cmで断面は灰白色泥状の内容物で満たされていた。病理診断は類表皮嚢胞であった。術後，再発認めなかったが，6カ月目に他因死した。陰囊内類表皮嚢胞は本邦では文献上39例目であり，比較稀な疾患と考えられた。

陰囊内・会陰部類表皮嚢胞の1例：丸山琢雄，上田康生，鈴木透，前田信之，善本哲郎，近藤幸幸，野島道生，瀧内秀和，森 義則，島 博基（兵庫医大） 35歳，男性。約1年前より会陰部に腫瘍があるのに気付くも放置。大きくなってきたため2001年4月27日当院へ紹介となった。会陰から陰囊皮膚表面に異常認めず。会陰部に境界明瞭，弾性軟の無痛性腫瘍を認め，可動性なく肛門とは離れていた。尚陰囊内容は触診上異常なく腫瘍との連続性なし。MRIでは，腫瘍は会陰より陰囊内に連続しておりダンベル状，T1強調画像にてlow intensity，T2強調画像にてhigh intensityを示すも，enhanceされず。以上より嚢胞状病変を考え同年7月2日腫瘍摘出術を施行した。摘出標本は大きさ8.3×2.5×0.6cm，重量12g表面は比較的平滑，薄い被膜を有し内容物は灰白色泥状物質であった。内容物の細胞診はclass 1，病理診断は，類表皮嚢胞であった。陰囊内に発生するepidermoid cystについて集計を行い，自験例を含み26例集計した。

当院における男性不妊症に対して施行したTESE（精巣内精子採取術），MESA（顕微鏡下精巣上体精子吸引術）についての検討：山本智将，畑中祐二，能勢和宏，尼崎直也，杉山高秀，栗田 孝（近畿大），辻 勲，向林 学，星合 昊（同婦人科），児玉光正（児玉泌尿器科） [対象] 不妊を主訴に来院した内TESE，MESAの対象となった10例（26～42歳，平均32.6歳）である。[原因] 術前に考えられた不妊の原因は1) 閉塞性無精子症7例，2) 機能性無精子症1例，3) 1，2が同時に認められるもの2例であった。[方法] TESE，MESA共に腰椎麻酔下に正中切開をおき，片側陰囊内容を脱転させ精巣，精巣上体を露出させる。[結果] これらの症例にTESE，MESAを施行し，6例に運動精子を得，細胞質内精子注入法（ICSI）を行った。その結果2例が妊娠したが，いずれも流産であった。[結論] 精管閉塞部位不明の閉塞性無精子症では，TESE，MESAのよい適応であった。

精巣腫瘍に対する後腹膜鏡下後腹膜リンパ節郭清術：中川雅之，島田 治，佐藤仁彦，川喜田睦司，松田公志（関西医大） 25歳，男性。1997年21歳時の健康診断での胸部写真にて異常陰影指摘され当院胸部外科受診。CTにて肺縦隔腫瘍認め，6月27日CTガイド下針生検術施行。病理結果pure seminomaであった。BEP3コース後腫瘍縮小し10月15日腫瘍摘除術行い，病理結果no viable cellであった。以降外来通院していたが，腰痛にて近医受診。CTで傍大動脈リンパ節腫脹認め，触診にて左精巣腫瘍認め，2001年1月12日左高位精巣摘除術施行。病理結果embryonal carcinoma & yolk sac tumorであった。VIP3クルル施行により傍大動脈リンパ節は，4.2～1.9cmへと縮小あり，2001年3月30日後腹膜鏡下後腹膜リンパ節郭清術を施行した。病理結果no viable cellであった。精巣腫瘍，stage IIAに対し化学療法後，後腹膜鏡下神経温存後腹膜リンパ節郭清術を行い良好な結果を得た。

Extragenadal germcell tumorの1例：穴井 智，安川元信，仲川嘉紀，吉田宏二郎（大和高田市立） 32歳，男性。主訴は腰背部痛，顕微鏡的血尿。US，CTにて後腹膜腫瘍指摘し，開腹生検施行。病理診断はembryonal carcinomaとteratomaの混合癌であった。両側精巣は，触診，US上，異常を認めず，後腹膜原発のExtragenadal germcell tumorと診断した。AFP，βhCG，LDHはいずれも高値であったが，BEP3コース施行により正常化した。また，腹部腫瘍は縮小したが，残存を認めるため，後腹膜リンパ節郭清術を施行した。摘出組織にはviable cellの残存は認めなかった。術後12カ月が経過した現在，腫瘍マーカーは正常で，再発の徴候は認められていない。

PBSCT 併用超大量化学療法を行った Extragenadal germ cell tumorの1例：原口貴裕，古川順也，森末浩一，山中 望（神鋼），小高泰一（同内科） 20歳，男性。腹痛および発熱を主訴に2001年11月13日当科を受診。下腹部に巨大腫瘍を触知し，左水腎症を認めた。各種画像診断にて7.5×12cmの骨盤内腫瘍と多発性肺転移を認めた。血清AFPおよびhCGβは正常であったが，尿中hCGβ-core fragmentは2.9ng/mlと高値であった。超音波ガイド下経直腸針生検を施行したが確定診断に至らなかった。11月30日腫瘍摘除術およびS状結腸合併切除術を施行したが，治癒切除は困難であった（左閉鎖腔を中心に腫瘍が残存）。病理組織学的診断はembryonal carcinomaであった。残存腫瘍および肺転移に対し，まずBEP療法を3コース施行し，その後PBSCTを併用した超大量化学療法を1コース施行した。PRを得て，現在まで再燃を認めず，経過観察中である。

心臓原発と考えられた性腺外胚細胞腫瘍の1例：安福富彦，合田上政，三宅秀明，原 勲，藤澤正人，川端 岳，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），山崎 浩（神戸労災），南 裕也（同外科） 症例は25歳，男性。2001年1月22日，呼吸困難，悪心，嘔吐を主訴として近医受診。上大静脈症候群を呈しており，CT上，心臓腫瘍（8×6×6cm大），多発性肺腫瘍（6.5×5×5cm大他）を認めた。上大静脈症候群を呈していた。1月25日，腫瘍切除，右房～SVC再建，左肺上葉切除術を施行，腫瘍は右房前壁に浸潤し，右房からSVCにかけて内腔を占拠していた。病理組織診断は胎児性癌であった。両側精巣に異常を認めず，肺転移を伴う心臓原発性性腺外胚細胞腫瘍の診断にて当科転院の上，同年3月9日よりPEB計4コース施行したところ，術後残存する多発性肺転移はCRに至った。4カ月を経た現在，再発，転移はなく外来通院中である。心臓原発の性腺外胚細胞腫瘍は検索した範囲では本邦第1例目である。

精巣上体アミロイドーシスの1例：山中和樹，山田裕二，武市佳純（県立淡路），小林康浩（高砂市民），上野康一（甲南） 75歳，男性。2000年9月頃より左陰囊内の腫大および圧痛を認め，近医を受診。精巣上体炎の疑いにて抗菌薬を投与されるも疼痛は軽快せず，当院紹介となり精査加療目的に入院となった。超音波検査にて左精巣上体体部に腫瘍を認め，左精巣上体摘除術を施行。病理組織診断はアミロイドーシスであった。術後，全身検索を行ったところ心筋シンチにて一部欠損像を認めたもののアミロイドーシスとの関連は明らかではなく限局性精巣上体アミロイドーシスと診断した。精路のアミロイドーシスは，全身性アミロイドーシスに伴う部分的なアミロイド沈着の報告は散見されるが，限局性アミロイドーシスの報告は稀で，限局性精巣上体アミロイドーシスについては文献上1例目であった。

関西労災病院泌尿器科にて経験した陰茎折症の9例：石川智基，玉田 博，井上隆朗，島谷 昇（関西労災） 泌尿器科における救急疾患である陰茎折症を当院にて，ここ12年間に9例経験した。年齢は15歳から55歳。全例勃起時の受傷であった。9例中8例において受傷後24時間以内に外科的治療を行った。8例とも陰茎根部に白膜断裂を認め，裂傷白膜縫合を行った。術後明らかな合併症は認めていない。現在まで報告されている症例と合わせた386例について，年齢，発症時の状況，白膜断裂部位，治療について検討を行った。発症年齢は20歳台に最も多く見られ，発症時の状況としてはほとんどが勃起時で性交時の割合が増加してきている。白膜断裂部位は陰茎根部もしくは中央部がほとんどであり，治療としては裂傷白膜縫合が9割を占めた。圧迫，固定などの保存的治療を行った10%程度に陰茎の変形，勃起力低下，性交困難などの合併症が残ったという報告がある。

陰茎に発生した神経鞘腫の1例：金 啓盛，酒井麻衣子，森下真一（鐘紡記念） 52歳，男性。1年前より陰茎背側の腫瘍を認めていたが放置。腫瘍は小指頭大，球形で弾性硬，表面平滑で可動性があった。MRI上腫瘍はT1強調像でiso intensity，T2強調像でhigh intensityであった。6月28日腫瘍摘出術施行した，腫瘍はBack fascia下に存在し比較的容易に摘出できた。病理組織は神経鞘腫であった。過去の報告で陰茎に発生する神経鞘腫はvon Recklin ghausen氏病合併例はすべて悪性であったが，ほとんどが良性腫瘍であることから治療は腫瘍摘出のみ施行されることが多い。しかし後腹膜腔に発生した神経鞘腫は約30%が悪性であったとの報告があり，さらに良性と診断を得た症例でも2例に再発が認められており診断，治療は慎重に行うべきであると考ええる。稀な疾患であるが悪性化の可能性もあり陰茎の腫瘍性病変の鑑別診断の際に銘記しておくべき疾患の1つとして重要であると考えられる。

カラードブラエコーガイド下に前立腺生検を施行した6例：堀川重樹，林 泰司，池上雅久，栗田 孝（近畿大），上島成也（神原） 対象はPSAが4.0 ng/ml以上で前立腺癌を疑い，経会陰的アプローチにてエコーガイド下で針生検を行った28例で，うち6例はカラードブラ下に低エコー領域にカラーシグナルを認めた部位に生検を行った。通常の生検を行った22例のうち11例で前立腺癌の診断を得たが，PSAが低い症例は陽性率が低い傾向があった。カラードブラ併用した6症例では4例が前立腺癌であったが，3例は比較的PSAが低い症例で，グレイゾーンの症例に期待できると思われた。各症例の検討より，超音波検査で低エコー領域とその内部の血流シグナルの所見が得られれば，同部位の穿刺で効率よく癌の検出ができ，穿刺回数の軽減も可能であると考えられた。

腹部および頸部リンパ節転移により発見された前立腺癌の1例：藤岡 一，岡 泰彦（加古川市民） 68歳，男性。2000年5月頃より，体重減少および腹部膨満感を認め，近医受診。腹部CTにて腹部リンパ節腫大認め，2001年8月30日検査目的にて当院内科入院。入院時に左頸部リンパ節腫大も認めた。排尿困難のため当科紹介となった。直腸診にて前立腺は胡桃大で表面不整，弾性硬であり，PSA値は1,341 ng/mlと高値であったため，前立腺生検施行，中～低分化型腺癌であった。また左頸部リンパ節は生検にて転移性腺癌であった。骨シンチにて多発性の骨転移を認めた。前立腺癌stage D2の診断のもと，同年9月13日よりMAB療法を開始した。頸部および腹部リンパ節は著明に縮小し，PSA値は3ヵ月後に正常化した。13ヵ月経過した現在再燃兆候を認めていない。リンパ節転移により発見された前立腺癌は本邦で44例目であった。

3 cm以上のリンパ節転移を有するStage D2前立腺癌についての検討：原田健一，丸山 聡，武中 篤（県立柏原），中村一郎（神戸西市民） 1995年5月から2001年7月までに41例の新鮮stage D2前立腺癌を経験し，その中で3 cm以上のリンパ節転移を有する4症例について検討した。主訴は下肢腫脹，右腰痛が1例ずつで2例が排尿困難であった。初診時PSAは3例が400 ng/ml以上で，組織型は低分化型が3例，中分化型が1例であった。すべての症例で骨転移を認めEODは1～2であった。リンパ節転移は最大8 cmであったが，内分泌療法，内分泌化学療法に良好に反応し，すべての症例でCRあるいはPRが得られていた。今回の検討では，リンパ節転移を伴うstage D2前立腺癌は，比較的前後良好であり，たとえbulkyなリンパ節転移例でも初回治療に反応し，予後が期待される可能性が示唆

された。

前立腺腺癌に混在した前立腺神経内分泌癌が前立腺全摘後に急速に全身転移した1症例：花井 禎，紺屋英児，西岡 伯，秋山隆弘（近畿大堺），関口由美子，前倉俊治（同臨床検査科），山田郁子，中村雄作（同神経内科），松本成史（近畿大） 54歳，男性。主訴は排尿障害。前立腺低分化腺癌，臨床病期Bに対し前立腺全摘術を施行した。術後TAB療法を継続し血清PSA値は0.2 ng/ml以下で変化はなかったが全身に腫瘍性病変が急速に進行増殖し，剖検にて前立腺神経内分泌癌と診断された。全摘した前立腺を再精査したところ，神経内分泌癌の混在を認め，前立腺全摘後に残存した神経内分泌癌が急速に増殖，転移したものと考えられた。

腺癌を合併したと考えられる前立腺原発移行上皮癌の1例：森川弘史，趙 順規，高田 聡，藤本清秀，植村天受，大園誠一郎，平尾佳彦（奈良医大），夏目 修（奈良リハビリ） 77歳，男性。76歳時，右頸部リンパ節に腺癌の転移（原発巣は不明）。排尿困難を主訴に2001年1月近医受診。前立腺針生検の結果，移行上皮癌G3と診断され，同年3月当科紹介受診。PSA値，CEA値の上昇と傍大動脈リンパ節，縦隔リンパ節，右坐骨に転移を認めた。膀胱尿道内に腫瘍は認めなかった。以前の右頸部リンパ節転移はPSA染色の結果，前立腺癌と診断された。移行上皮癌と腺癌の合併を疑い化学療法，内分泌療法，右坐骨転移巣に対して放射線療法を施行した。化学療法は胃潰瘍のため1コースで中止し，内分泌療法のみを継続している。現在マーカーはCR，原発巣，転移巣はPRを得ている。本症例は腺癌を合併した前立腺原発移行上皮癌と考えられる。

前立腺粘液腺癌の1例：小林真一郎，杉野善雄，岩村博史，岡裕也，福澤重樹，竹内秀雄（神戸中央市民） 74歳，男性。主訴は尿閉。尿細胞診クラス4，膀胱鏡やCT，MRIで前立腺癌の疑いもありTUR-Pおよび生検目的にて当科入院。画像上，膀胱，腸管に粘液腺癌の所見はなく病理組織にて前立腺原発の粘液腺癌と診断。根治的前立腺摘除術の適応はなくホルモン治療を行うが再度尿閉になり放射線治療とTUR-Pを施行した。診断後1年経た現在，排尿状態は良好である。文献的に，前立腺粘液腺癌には前立腺の腺房から発生し通常の前立腺癌の異型で，PSAは上昇しホルモン治療に感受性があるものとして，尿道粘膜を発生母地とする尿路上皮由来の腺癌で免疫染色でPSA陰性，CEA陽性でホルモン治療，放射線治療，抗癌剤治療に抵抗性のタイプがある。本症例は，後者と考えられるが，放射線治療には比較的反応した。腫瘍マーカーCEAが治療と共に減少しており治療効果を反映するマーカーになっていると考えた。

尿閉をきたした直腸Gastrointestinal stromal tumor (GIST)の1例：根本康夫，稲垣 武，森山泰成，鈴木淳史，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 76歳，男性。1989年および1991年に会陰部腫瘍切除術を受けており，それぞれ平滑筋腫，悪性神経鞘腫と診断されていた。2001年3月尿閉にて当科受診。直腸診，MRIで前立腺発生と思われる径7 cmと5 cmの腫瘍を認めた。経直腸的腫瘍生検から直腸原発GISTあるいは前立腺肉腫が疑われたため，2001年5月骨盤内臓器全摘除術を施行した。腫瘍は直腸・肛門壁から発生しており，膀胱・前立腺への浸潤は見られなかった。病理組織では紡錘形細胞の増殖が見られ，筋原性マーカーおよび神経原性マーカーは陰性，CD34およびc-kitが陽性であったことから，直腸・肛門原発GISTと診断された。なお，1991年の会陰部腫瘍について免疫組織染色にて再検討したところ，GISTであったことが確認された。術後5ヵ月の現在，再発は認められていない。

転移性尿道腫瘍の1例：伊夫貴直和，岩本勇作，瀬川直樹，増田裕，木山 賢，丸山栄勲，濱田修史，鈴木俊明，勝岡洋治（大阪医大） 患者は，76歳，男性。主訴は導尿困難および陰茎部腫瘍触知。直腸癌術後より神経因性膀胱となり自己導尿中，2001年2月頃より陰茎根部に約1 cm大の硬結を認めた。徐々に導尿困難となったため精査したところ，尿道造影では，前部尿道に約4 cmの辺縁不整な陰影欠損を認め，MRIでは，尿道海綿体を中心に一部陰茎海綿体に及ぶ，T1にて海綿体と等信号，T2にて低信号の，造影効果を認める腫瘍性病変を認めた。また，CEAが3.2 ng/mlと上昇を認めたため，転移性尿道腫瘍の疑いにて，2001年6月22日陰茎切斷術を施行。摘出標本の組織像では原発巣と同様の高円柱上皮を認め，直腸癌の尿

道転移と診断した。転移性尿道腫瘍は非常に稀であり、転移性尿道腫瘍について若干の文献的考察を加えて報告した。

女子尿道憩室に発生した腺癌の1例：前野 淳，長濱寛二，伊藤哲之，福山拓夫（国立京都），野々村光生（京都桂） 症例は75歳，女性。1998年7月血尿を自覚，近医で精査受けるも異常を認めず。その後排尿困難出現し徐々に増悪，1999年1月尿閉を主訴に当科受診。触診にて膣前壁に硬い腫瘤を認め，内視鏡にて尿道内に憩室口と憩室口より突出する乳頭状腫瘍を認めた。生検により乳頭状の増生を示す中分化型腺癌と診断された。CT，MRIでは膀胱尾側，直腸前面に経約5cmの腫瘍を認め，遠隔転移は認めなかった。術前療法としてCDDP，5-FU，LVによる動脈注入化学療法を2コースと放射線療法を40Gy施行し，腫瘍は著明に縮小した。術前療法効果あったため膀胱を温存し，憩室尿道全摘，膣前壁切除，膀胱瘻造設術を施行した。病理診断はAdenocarcinoma，pT3，G3>G2，INF γ であった。現在術後2年経過し再発を見ていない。

傍尿道平滑筋腫の1例：坂上和弘，後藤隆康，今津哲央，中森 繁（東大阪総合） 27歳，女性。約3カ月前に外陰部の腫瘤に気づき，近医を受診。尿道腫瘍と診断され当院紹介となった。外尿道口の前壁12時に充実性弾性軟の直径約1.5cmの腫瘤を認めたため，傍尿道腫瘍と診断し，2001年2月13日に腰椎麻酔下に碎石位にて腫瘍摘除術を施行した。根部にて結紮切断し，一塊として摘除した。腫瘤は，1.5×1.6×1.3cmで，表面は平滑な結合性被膜に覆われており，剖面は黄白色であった。病理組織所見は，HE染色では，楕円形および紡錘形の核をもつ細胞が種々の方向に束状配列をなしているが，細胞の異型性のない平滑筋腫と診断された。自験例は，われわれが文献的に検索した結果，112例目となる。

尿道全周性の女子尿道憩室の1例：西畑雅也，曲人 保，藤永卓治（和歌山労災），森田照男（岸和田市民） 55歳，女性。7～8年前より腹圧性尿失禁を認めた。近医で膣前壁の腫瘤を疑われたため，2001年1月22日当科を受診した。経膣エコー，CT，MRIで尿道を取り囲むように尿道全周性の嚢胞性病変を認めた。尿道鏡にて尿道の7時

の位置に憩室口を認めたため，尿道全周性の女子尿道憩室と診断。2月7日に経膣的尿道憩室摘除術を施行した。尿道の前面は癒着が強く可及的に憩室を摘除した。摘除組織には悪性の所見は認めなかった。術後尿失禁は消失し，また術後のCT，MRIでも憩室の再発は認めていない。女子尿道憩室は稀な疾患ではないが，全周性の女子尿道憩室は本邦で5例目である。

尿道異物の1例：好井基博，土井 裕，藪元秀典（明和） 56歳，男性。主訴は排尿時痛。以前より勃起不全を気にしていた。電気コードを尿道内に挿入しその後抜去不能となるも放置。1週間後排尿痛が増強し排膿も認め2001年3月17日当科受診。電気コードの一端は外尿道口より外に出ており，球部尿道付近に母指頭大の腫瘤を触知した。KUBにて腫瘤と一致する部位に電気コードの結び目を認め，これにより抜去困難となったと考えられた。腰椎麻酔下に尿道内に潤滑剤を注入し，尿道損傷を生じないように注意しながら用手的に牽引し抜去した。内視鏡検査上球部尿道に一部粘膜剥離が確認され，術後1週間バルンカテーテルを留置した。カテーテル抜去後，自排尿に問題なく退院した。発症後半年が経った現在排尿状態に特に問題なく経過している。本邦における尿道膀胱異物は集計し得た限り自験例を加えると文献上1343例であった。

尿道異物に起因した尿道損傷を伴うフルニエ壊疽の1例：木戸淳道，森 直樹，原 恒男，山口誓司（市立池田），園田早苗（同皮膚科） 48歳，男性。自慰目的に外尿道口よりプラスチック製の異物を挿入したが，自己抜去困難となり放置。排尿困難に加え陰囊部腫脹を認めたため，2000年1月5日当科受診し，経尿道的異物除去を行った。その後抗生剤投与を行うも陰囊部から右鼠径部にかけて広範囲に壊死を認め，フルニエ壊疽と診断し直ちにデブリードマンを施行した。その際約2cmの球部尿道の部分欠損を認めた。二期的に尿道修復術および右鼠径部皮膚移植術を施行した。術後，尿道修復部の離開をみたが，2つ目の異物を会陰部創より認め除去した後，尿道修復術を再度施行し治癒をみた。2つ目の尿道異物はX線透過性物質であったため発見が遅れた。自慰行為による尿道異物が原因となったフルニエ壊疽は稀で本邦2例目であった。